

DERLEME / REVIEW

Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri

With the Psychosocial Perspective, Dialysis Treatment and Nursing Interventions Towards Adaptation Process

Eylem TOPBAŞ¹, Gülay BİNGÖL²

Yrd. Doç. Dr. Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Amasya, Türkiye

Öğr. Gör. Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Amasya, Türkiye

Geliş Tarihi: 29 Ekim 2016

Kabul Tarihi: 10 Ocak 2017

İletişim / Correspondence:

Eylem TOPBAŞ

E-posta: eylem.topbas@amasya.edu.tr

Özet

Kronik böbrek hastalığı bireylerin yaşam kalitesini, psikososyal durumunu, destek sistemlerini ve fizyolojik parametreleri olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu derleme; diyaliz tedavisinin yol açtığı psikolojik sorunların, yaşam kalitesinde meydana gelen olumsuzlukların ve sosyal destek sisteminin birey üzerindeki etkisini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Ayrıca, diyaliz tedavisine uyum sürecinde yapılacak girişimlere ve araştırma sonuçlarına da yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz tedavisi, psikososyal durum, destek sistemleri

Abstract

Chronic kidney disease is the major health problem that affects adversely quality of life of individuals, their psychosocial status, their support system and their physiological parameters. This review article has been prepared for the purpose of examining to effects of the psychological problems caused by the dialysis treatment, adversities occurring in quality of life and social support systems on individuals. Also, it has been mentioned in attempts will be made in compliance with the dialysis process and research results.

Keywords: dialysis treatment, psychosocial status, support systems

Kronik böbrek hastalığı (KBH) geriye dönüşümsüz, ilerleyici ve pekçok sistemi ilgilendiren bir hastalıktır. Tedavisi ise böbrek nakli yada diyalizdir. Tüm dünyada yaygın olarak görülmektedir. Türkiye’de genel yetişkin popülasyonundaki KBH oranı %15,7’dir. Diğer bir deyişle yetişkin her altı kişiden birisinde KBH’lığı vardır (1).

Diyaliz tedavisinin birey üzerinde bazı olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu olumsuz etkiler; bir

diyete uyma zorunluluğu, umutsuzluk, üzüntü, geleceğe yönelik belirsizlikler, korkular, cinsel fonksiyon bozuklukları, zaman ve iş gücü kaybı, rol ve fonksiyon kaybı, tedavi için bir cihaza bağımlı olma, kullanılan hemodiyaliz ve periton diyaliz kateterleri, makine alarmlarının korku ve endişeye neden olması, ölüm korkusu, ekonomik güvence kaybı, aile düzeninin bozulması, fiziksel işlev kaybı ve beden imajının etkilenmesi olarak sıralanabilir (2-3-4-5-6-7-8-9).

Diyaliz Tedavisi ve Psikolojik Sorunlar (Anksiyete-Depresyon)

Hemodiyaliz (HD) hastalarında başta anksiyete ve depresyon olmak üzere pek çok ruhsal sorun ortaya çıkmaktadır (10). Diyaliz hastalarında karşılaşılan en önemli psikolojik sorunlar kişilik problemleri, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, zararlı madde kullanımınıdır (10-11).

Literatürde hemodiyaliz hastalarında genel nüfusa göre depresyon yaygınlığının %25 olduğu (12), başka bir çalışmada ise depresyon yaygınlığının %26.5, majör depresyon oranının ise %17.3 olduğu (13), yine majör depresyon oranının %48.5 (14) anksiyete oranının ise %28.8 olduğu belirtilmektedir (10). Anksiyete nedenlerinin ise; makineye bağımlılık, otonominin sınırlandırılması, sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, aile düzenlerini, çalışabilme yeteneklerini kaybetme düşüncesi olarak belirtilmektedir (10). Hedayati (2016)'nin çalışmasında 400 hastanın 180'ninde depresif bozuklukları düzeltmek için medikal tedavi (setralin tedavisi) aldığı belirtilmektedir (15). Periton diyalizi hastalarına yönelik yapılan çalışmada hastaların ruhsal belirti sıklığının yüksek olmadığı ve en sık yaşanan belirtilerin somatik belirtiler olduğu bildirilmiştir (16). Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) nedeniyle diyaliz programında olan hastalarda, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere, ruhsal bozukluk oranlarının yüksek olduğunun bilindiği ancak kullanılan tarama yöntemlerine göre %5-10 oranında sıklığının değişebileceği belirtilmektedir (17).

Ancak üremi, ilaç yan etkileri, sistemik lupus eritematozus gibi altta yatan birincil hastalıklar, anemi, elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonlar ruhsal bozuklukları taklit edebilmekte, ruhsal semptom yaygınlığının olduğundan fazla görünmesine yol açabilmektedir (7). Bu nedenle SDBY hastaları multidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdır (7). Diyaliz tedavisinde gözlenen ruhsal belirtilerin hastalığın fizyolojik, metabolik ya da tedavisinin komplikasyonu olarak gelişip gelişmediği iyi değerlendirilmelidir.

Yapılan çalışmalar diyaliz tedavisine başlanılan ilk yılda herhangi bir nedenle psikiyatrik desteğe % 70 oranında ihtiyaç duyulduğunu, zaman ilerledikçe muhtemelen bir çeşit adaptasyon sağlan-

dığı için bu oranın % 30'lara düştüğünü göstermektedir (18). Bu bilgiye dayanarak diyaliz programına alınacak hastaların öncelikle psikiyatrik değerlendirmeye alınması ve eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi programlarının da başlatılması hem hastaların psikososyal adaptasyonlarını kolaylaştıracak hem de tedavinin başarısını ve hastanın yaşam kalitesini arttıracaktır (18).

Depresyon tanısı erken dönemde tanılanmaz ve tedavi edilmez ise diyalizin sonlandırılmasına ya da intihara yol açabileceği için en önemli psikolojik problemdir. Depresyon diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan psikolojik komplikasyon olup genellikle gerçekte var olan, var olma ihtimali olan veya hayal edilen bazı kayıplara karşı bir yanıtıdır (10-11). Depresyon uyku bozukluklarına, yorgunluğa, iştah kaybına, dikkat eksikliğine, somatik yakınmalara, işe yaramazlık duygusuna, iletişim problemlerine hatta intihara sebep olabilir. Anksiyete sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygının karşılığı olarak kullanılan kelimelerdir (3). Nedensiz korkular, kötü bir şey olacakmış hissi nedeni ile bireyde huzursuzluğa neden olan bir durumdur (3).

Ekonomik faktörler ve uzun tedavi sürecinin depresyon ve anksiyeteye sebep olan faktörlerin başında geldiği (19). yine diyete uymama ve tedaviyi red etme gibi sorunların sonucunda gelişen fiziksel durumun kötüleşmesinin de depresyon gelişmesine neden olduğu belirtilmektedir (7).

HD hastalarının bilinçlendirme sonrasında depresyon eğilimi ve anksiyete düzeyinde düşme olduğu, bilinçlendirme sonrasında hastaların problem çözme stratejisini daha fazla, kaçınma stratejisini ise daha az kullandığı belirtilmektedir (20).

Diyaliz ve Yaşam Kalitesi

Bireyin duygusal kişisel özellikleri, yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemini algılama biçimine yaşam kalitesi denmektedir. Kısaca bireyin yasamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesidir (21). Yaşam kalitesi fiziksel, sosyal ve bireysel, psikolojik ve parasal/maddi esenlik gibi alanlardan oluşmaktadır (22).

Bireylerde yaşam kalitesi; temel gereksinimlerin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, öz-

bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelenek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlikler, akut sağlık sorunları, kronik sağlık sorunları gibi nedenlerle azalabilir (22-24).

Tüm bu faktörler dikkate alındığında diyaliz tedavisi hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin farkında olarak diyaliz tedavisinin planlanmasında yaşam kalitesini arttırmaya yönelik önemler alınması önemlidir. Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin; ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, güven içinde yaşaması, rahatlık ve gereken konfora sahip olması, anlamlı ve aktif bir yaşam içinde olması, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması, itibar görmesi, mahremiyetine değer verilmesi, kendini ifade edebilmesi, fonksiyonel olarak yeterli olması, özgün bir birey olarak algılanması, huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekir (22-24).

Özgür ve ark. (2003) yaptığı çalışmada hemodiyalize bağlı yaşam kalitesinin psikolojik ve sosyal boyutlarında bozulmaya neden olduğu, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının ise Türk toplumunu için saptanan kesme puanının üzerinde olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle hastaların psikolojik desteğe gereksinimlerinin göz önünde bulunmasının da gerektiği dikkat çekilmektedir (25). Hemodiyaliz hastaları üzerine yapılan bir çalışmada; öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin arttığı, yaşam kalitesi alt boyutlarından sağlık-işlev, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum-inançlar ve aile durumunun iyileştiği bu nedenle hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini arttırmak için öz bakım güçlerinin artırılmasının önemine vurgu yapılmaktadır (26). Literatürde hastaların özbakım gücü ile fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu da belirtilmektedir (27).

Yaşam kalitesini arttırmak için son yıllarda bilişsel davranışçı terapiler üzerinde durulmaktadır. Bilişsel davranışçı tedavinin kullanılması hastaların reçeteye uyumunda ve yaşam kalitesini arttırmada önemli gelişmeler sağlamaktadır (14). Bilişsel davranışçı terapinin son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda uzun dönemde etkisini

inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulduğu da belirtilmektedir (14). Ayrıca diyaliz hastalarında böbrek nakli seçeneğinin öncelikli tercih edilmesi de yaşam kalitesini artıran bir faktördür. (28)

Yalnızlık- Umutsuzluk- Sosyal Destek

Yalnızlık sadece tek başına olma durumu değil, tek başına olduğunu ve yalnız olduğunu hissetme durumudur. Yalnızlık kişide boşluk duygusuna, istenmezlik hissine, içe kapanmaya, mutsuz, karamsar, kimsesiz, güvensiz ve anlaşılmaz olduğunu hissetmesine neden olur (29-30). Bu durum bireylerin gerek sosyal gerekse iş yaşamını, özel hayatını ve çevresi ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir.

HD hastalarının kendilerini yalnız hissetmelerinde; hastalığın kendisi, diyaliz ünitesinde geçirilen zamanın uzun olması ve diyaliz seansı sırasında sağlık personelinin hasta ile yeterince iletişime girmemesi, tedaviye karşı öfke duygusu, sosyal rol kayıpları, hobilerindeki kısıtlanmalar olarak belirtilmektedir (30).

Diyaliz hastalarında yalnızlık gelişme nedenleri arasında; ailedeki bireylerinin tedavi sürecine her zaman katılamaması, beden imajının kateterler ve fistül nedeni ile değişmesi, infeksiyöz ve bulaşıcı hastalıklar nedeni ile hastanın çevresindekilerin izole edici davranması, diyeti nedeni ile çevresindekiler gibi beslenememesi, diyaliz günleri ve saatleri gibi faktörleri de sayılabiliriz.

Üstüner ve ark (2009) çalışmasında diyaliz hastaların %40.6 oranında yüksek düzeyde yalnızlık hissettiğini, kendini yalnız hisseden hastaların %47,7'sinin ise hastalık nedeniyle yalnızlık yaşadığı, %43,1'inin mutsuzluk ve karamsarlık duyguları yaşadığı belirtilirken, Akkuş ve Ak-yarın (2006) araştırmasında ise hastaların %47.1'inin kendini yalnız hissettiği bu hastaların %69.6'sının hastalık nedeni ile kendilerini yalnız hissettikleri belirtilmektedir (30, 31). Sosyo-demografik özellikler ise yalnızlığı etkilememektedir (25,31).

Umutsuzluk, hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını, bas etmelerini etkilemesi ve bir depresyon belirtisi olması açısından, hemşirelik bakımı için önemli konulardan biridir (25). Hemşire umutsuzluk yaşayan bireye bakım verirken hastanın bireysel özelliklerini,

baş etme gücü ve sosyal destek sistemlerini göz önüne alarak bireye özgü bir bakım planı oluşturmalıdır (32).

Diyaliz hastalarında özyeterlilik duygusunun ve sosyal destek sisteminin azalması, hastalıkları ile ilgili olumsuz olayları tekrar tekrar yaşamaları ve gelecekle ilgili olumsuz düşüncelerin de umutsuzluğa neden olduğu belirtilmektedir (33)

Umutsuzluk kayıplara karşı gösterilen normal bir tepkidir. Üzerinde durulması gereken konu ise, tepkilerin patolojik boyutlara ulaşmasını önlemek için, hastalara yardımcı olmaktır. Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut, hastanın var olan sorunlarıyla etkin baş etmesinde önemli bir faktördür. Hemşireler umutsuzluk yasayan bireylerin bu durumlarıyla baş etmeleri için, profesyonel yardımda bulunabilmelidirler (34). Özgür ve ark (2003) yaptığı çalışmada ise ekonomik durumu düşük olanlarda umutsuzluk düzeyleri daha yüksek bulunurken; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaş, çalışma durumu, diyalize girme süresi, diyalize girme sıklığı, daha önce böbrek nakli olma durumu ve diyaliz sırasında sosyal destek alma ve diyalize gelmede ulaşım için destek alma durumlarının ise umutsuzluk düzeyine etkili faktörler olmadığı belirtilmektedir (25).

Sosyal Destek: Kronik hastalık durumunda sosyal desteğin yetersiz olması depresif bozuklukların daha kolay gelişmesine neden olmaktadır. **Sosyal destek sistemleri:** İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler şeklinde tanımlanmıştır. Dedeli (2008) makelesinde Fadilloğlu'nun kronik hastalıklarda bakım adlı kitabında (2002-2003) konuya ilişkin olarak; "sosyal desteği az olan hastaların genellikle daha fazla işlevsel yetersizlik yaşadığını ayrıca psikososyal stresin, bireyin sosyal desteği olduğunda sosyal desteği olmayanlara göre sağlık durumları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu"nun vurgulandığını belirtmiştir (35).

Hastaların psikososyal uyumu için; sosyal destek, özellikle aile ve arkadaşın desteğinin çok önemli olduğu belirtilmektedir (36).

Hasta ve Ailesine Holistik Yaklaşım

Diyaliz hem aileyi hem de bireyi psikolojik ve sosyal yönden etkileyerek çeşitli sorunlara neden

olduğu, bu nedenle bireyin ve ailenin psikososyal yönden desteklenmesi gerektiği bilinmektedir (37). Bu açıdan hastalarla beraber hasta yakınları da bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Hemodiyaliz tedavi süreci ile birlikte hasta yakınlarının da hastaya bağımlı hale geldiği, tedavi sürecinde hastaların yanı sıra hasta yakınlarının da psikososyal yönden desteklenmesi gerektiği ve ailelerin ekonomik destek sistemlerinin artırılmasının önemine vurgu yapılmaktadır (37).

Psikososyal işlevsellik en geniş anlamda mesleki ve sosyal alanlarda kişiden beklenen rolleri yapabilmeyi ve bundan memnun kalabilmeyi (sosyal yaşama uyum) tanımlar. Depresyonda belirgin sosyal yeti kaybı olurken, tedavi alan hastalarda depresif belirtilerin giderilmesine rağmen sosyal işlevsellik kaybının sürdüğü sıklıkla görülmektedir (38).

Kronik hastalığa sahip bir bireyin bakımında aile bağlarının kuvvetli olması sağlık personeli ile aile arasında işbirliğini artırır. Hastanın eğitimi sadece bireyi değil aileyi de kapsamalıdır. Çünkü eğitilmiş hasta yakınlarının bireye hastalıkla baş edebilmesinde katkı sağlaması daha kolay olabilir. Bu şekilde bireyin destek sistemleri bireyin kısıtlılıklarla baş etmesine katkı sağlayabilir. Eğitimin yanı sıra birey ve aileye tedavi ve bakım sürecine ilişkin sosyal güvence ve yardımlaşma, diyaliz merkezleri hakkında bilgiler verilmelidir. Hastayı bilgilendirmenin yanı sıra benzer durumdaki ailelerin bir araya gelmesine yardımcı olunmalıdır. Böylece aileler bir arada karşılaştıkları sorunları, alternatif çözüm önerilerini ve baş etme yöntemlerini tartışabilirler. Bu durum ailelerin baş etme gücünü artırabilir ve izolasyon, güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygularının da azalmasına yardım edebilir.

Hastalığa uyum sürecinde hastanın manevi gücünün yüksek olması da etkilidir (39). Yine yaşanan deprem, sel, kasırga, yangın, çığ ve tipi gibi faktörler de diyaliz tedavisine uyumu olumsuz etkiler. Bu durum hastalarda tedavinin devamlılığı ile ilgili kaygı yaşatarak psikolojik sorunlara yol açabilir. Türkiye'de 1999 yılında gelişen Marmara depremi nedeni ile diyaliz tedavi süreçleri olumsuz etkilenmiş ve crush sendromu nedeni ile akut böbrek yetmezliği vakalarında artış bildirilmiştir (40).

Japonya'da Tusunami'ye neden olan Büyük Doğu Japon Depremi'nden iki yıl sonra yapılan bir çalışmada; diyaliz hastalarının (n=1500) afet öncesi ve sonrası fiziksel ve mental sağlık durumlarında diyalize özgü stresörlerin depresyon gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (41).

Katrina kasırgasından sonra yedinci ve 14. aylarda hastaların değerlendirildiği bir çalışmada hastalarda %45.5 oranında depresyon belirtilerinin olduğu, ölüm korkusu yoğun olan hastaların hastaneye yatırıldığı, afet sonrası hemodiyaliz hastalarında psikososyal sorunların yönetimi de ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (42). Hemodiyaliz hastaları diyaliz kliniğine bağlı kılmalıdır. Olağan koşullarda bu tedavilere ulaşılabilirliği kolaylaştırmak için diyaliz merkezi servis imkanı da sunabilmektedir. Hastalığının ve tedavisinin neden olduğu bağımlılık durumu ve beraberinde oluşan duygusal, ruhsal ve sosyal sorunlar ülkemizde meydana gelebilecek doğal afetlerde daha ciddi bir boyuta taşınabilir. Deprem, yangın, sel baskını, çığ, tipi gibi durumlar tedaviyi aksatabilir. Bu nedenle ülkelerin doğal afetlere hazırlık konusunda gerekli hazırlıkları yaparken kronik hastalıklı bireyler ve bunların özellik gerektiren tedavilerini de dikkate almaları gerekir. Doğal afetler tedavi sürecini aksatabilir, akut durumda hayati riskler oluşturabilir sonrasında ise ruhsal açıdan sorunların gelişimine neden olabilir. Bu açıdan yerel yönetimlerin afet planlarının hazırlığında kronik hastalıklı bireyi etkileyen faktörleri göz önünde bulundurması önerilebilir.

Diyaliz Tedavisinde Uyum Sürecinde Yapılacak girişimler

Kronik hastalıklara uyum süreci *psikolojik uyum* (hastalık nedeni ile yaşanan kayıplar, tedavi yetersizliği, mortalitenin artması, hasta ve aile içi rollerde değişim, hastaneye yatma, çeşitli kaygı ve korkular vb) ve *sosyal uyum* (yaş, cinsiyet, aile, iş ve eğlence vb) dan oluşmaktadır (43,44).

Lin ve ark (2015) yaptığı çalışmada ise HD hastalarının psikososyal adaptasyonunda etkili olan dört katagori üzerinde durulmuştur. Bunlar

1. Bilinmezlik ve tedaviyi red etme ve kader olarak görme
2. Diyaliz dünyası içinde kendini sıkışmış hissetme

3. Öz kontrolünü yitirme
4. Sonsuz bir süreç içinde sıkışmış hissetme (44)

Kocaman (2005, ss.51)'de Tunmore (1990)'nın kronik hastalıklarda psikolojik dört bakım düzeyinin tanımlandığını belirtmektedir (45). Bu düzeyler;

1. Temel iletişim ve tanılama becerileri (bilgilendirme, görüşme, dinleme ve empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme ve sunabilme, aktarılan program hakkında bilgili olma
2. Düzey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım Hasta/ailesinin stresle başetme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma.
3. Düzey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
4. Düzey IV: Terapi Bilişsel terapi, davranış değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

Diyaliz Tedavisine Uyum Sürecinde Hemşirelik Girişimleri

1. Sağlık çalışanın bilgi aktaracağı konuda yetkin, bilgili ve güven verici olmalıdır
2. İletişimde terapötik iletişim tekniklerini kullanmalı
3. Sözel ve sözel olmayan iletişimde beden diline, ses tonuna dikkat edilmeli
4. Açık uçlu soru sorarak hastanın duygularını ifade etmesini sağlanmalı
5. İletişim sürecinde yargılayıcı olunmamalı
6. Hastayla iletişimde aktif dinleme tekniğinin kullanılması
7. Hastanın mevcut duyu kayıpları iletişim esnasında dikkate alınmalı
8. Hastaya bilgilendirmeden önce mevcut durumuna ilişkin yeterli veri toplanması,
9. Hastanın bilgi gereksinimini belirleyerek verilecek eğitim konularının ve içeriğinin planlanması.
10. Hastaların hemşireye yönelik beklentilerinin belirlenmesi.
11. Hastaların soru sormalarına fırsat tanınması.

12. Hastaların eğitim süreci sonrasında alınacak kararlara katılımının sağlanması (46)
 13. Hastanın baş etme yöntemleri öğrenilmeli
 14. Gevşeme teknikleri hastaya öğretilmeli
 15. Bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi gibi psikolojik tedavilere ve gerekli ise tıbbi destek almak için hasta yönlendirilmeli,
 16. Hemşireler hastanın psikolojik durum ve iyilik halini periyodik aralıklarla sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmeli
 17. Gerekli durumlarda liyezon psikiyatri hemşiresine başvurulmalı (9,43,45,46).
- Sonuç olarak diyaliz tedavisinde hastalarının sadece tıbbi tedavisine yönelmek dışında hastanın etkilenebileceği fiziksel, ruhsal, sosyal, toplumsal ve doğal afetlerin etkileri yönünden de ele alınması gerekir. Bu derleme diyaliz hastalarının hastalığa uyum sürecinin sağlanmasında; multi-disipliner ekip anlayışı ile yaklaşmasının, hastaların psikolojik durumlarını belirli aralıklarla değerlendirmenin, aile ve akran destek sistemlerinin oluşturulmasının, gerekli durumlarda ise psikoterapi ve farmakolojik tedavilere yer verilmesinin önemli olduğunu ortaya çıkartmıştır

Kaynaklar

1. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, et al. A Population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey-the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2010;26(6):1862-1871.
2. Aksoy A, Oğur S, Bitlis ilinde rutin olarak diyaliz ünitesine bağlanan diyaliz hastalarının sıkıntı durumlarının belirlenmesi, *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi* 2015;4(2):112-121.
3. Cimilli C. Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1994;3(3):88-92,
4. Şentürk A, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 2000;17(3):163-172.
5. Şentürk A, Tamam L. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. *Arşiv Dergisi* 2000;9(1):49-68.
6. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9(1):13-22.
7. Küçük L, Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2005;14 (4) 166-170
8. Bingöl G, Görgeç Ö, Amasya ilindeki hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı, beden imajı ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi, *Hemşirelik Formu* 2009;12(1): 39-46.
9. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A, Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar, *Turkish Medical Journal* 2012; 6(1):33-37
10. Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2007;12(1):023-027.
11. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Diyaliz El Kitabı. Bozfkıoğlu S (Çeviren). 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, 2003.
12. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, Pellegrini F, Saglimbene V, Logroscino G, Fishbane S, Strippoli GF, Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies *Kidney International*, 2013; 84 (1): 179–191.
13. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA, The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients, *Kidney International* 2006; 69(9):1662-1668
14. Cukor D, Ver Halen N, Asher DR, Coplan JD, Weedon J, et al., Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis *Journal of the American Society of Nephrology* 2014; 25(1):196–206.
15. Hedayati SS, Daniel DM, Cohen S, Comstock B, Cukor D, et al Rationale and design of A Trial of Sertraline vs. Cognitive Behavioral Therapy for End-stage Renal Disease Patients with Depression (ASCEND) Controlled clinical trials,2016;47: 1-11.
16. Karaca S, Çınar S, Bicik Bahçebaşı Z, Hastaların perspektifinden: periton diyalizinin yaşama ve ruhsal belirtilere etkisi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2(4): 169-174.
17. Kimmel PL, Peterson RA, Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Seminars in Dialysis* 2005; 18(2): 91-97.
18. Sezer MT. Psikiyatrik Sorunlar. In: Akpolat T, Utaş C (eds). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* 2. baskı. Kayseri: Anadolu Yayıncılık, 2001: 147-152.
19. Ünsal Barlas G, Kırmızı S, Şekerci E, Ürün Ş, Aydın Z, Karaca S, Onan N, Öz CY, Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve depresyon: sistematik inceleme, III.Uluslararası ve VII.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 2014, Ankara, 211-212.

20. Karabulutlu E, Ergüney S, Hemodiyaliz hastalarına uygulanan hastalık ve stresle baş etme bilinçlendirmesinin depresyon eğilimi ve anksiyete düzeyine etkisi, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2006;Mart-Haziran:36-41
21. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2007;14:48-56.
22. Akdemir N. Hemşirelik uygulamalarında temel kavramlar.İN. Akdemir N, Birol. L editör. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi KoçYayınları; 2003: ss. 3-24.
23. Ören B, Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2010.
24. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E ve ark. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 health survey. *Nephrol Dialysis Transplantation* 1999; 14(6): 1503-1510.
25. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö, Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003; 12 (2):113-116.
26. Alemdar H, Pakyüz Çınar S, Hemodiyaliz Hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2015;2:19-30.
27. Akyol AD, Karadokovan. Hemodiyalize giren hastalarda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002;297-102.
28. Yılmaz E, Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesi ve kanıt temelli uygulamalar, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2016; 2: 24-40.
29.Yalnızlık.<http://www.psikologunuz.org/yaln-zl-k-hastal-k-m.html> (Erişim Tarihi: 30.05.2016).
30. Akkuş Y, Akyar İ, Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık düzeyinin belirlenmesi, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2006;Mart-Haziran:42-47.
31. Üstüner Top F., Başkan Ş, Akpunar F, Aydın Pekdemir E, Bayrak GN, Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık düzeylerinin değerlendirilmesi, III.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı ,2009, Düzce, 111.
32. Dogan S, Kelleci M, Fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeyleri, İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi, 2004;13(52): 23-37.
33. Bağ E, Akkaya L, Çınar Z, Candan F, Kayataş M, Hemodiyaliz ve periton diyaliz uygulanan hastalarda sosyal destek ve özyeterlilik, 18. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 2008, Antalya, 78.
34. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M, Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004, ISSN:1303-5134, file:///C:/Users/ACER/Desktop/138-427-1-PB.pdf (Erişim Tarihi:30.05.2016)
35. Dedeli Ö, Fadılloğlu Ç, Uslu R, Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23(3):132-139
36. Çınar S. Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients,Turkiye Klinikleri 2009;1(1):12-18.
37. Babacan Gümüş A, Hemodiyaliz hastasının yakını olmak: nitel bir çalışma örneği, III.Uluslararası ve VII.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi BildiriKitabı, 2014, Ankara, 209-210.
38. Girgin Yılmaz A. Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında depresyon,kaygı, benlik saygısı ve sosyal uyumun değerlendirilmesi ve karşılaştırılması, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014, Bursa.
39. Spinale J, Cohen JD, Khetpal P, Peterson AR, Clougherty B, et al., Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2008;3(6): 1620 –1627.
40. Sever MŞ, Vanholder R, Lameire N , Management of crush-related injuries after disasters, *The New England Journal of Medicine* 2006; 354(10):1052-1063.
41. Sugisawa H, Sugisaki H, Ohira S, Shinoda, Shimizu Y, et al., Factors in mental health problems among japanese dialysis patients living in heavily damaged prefectures two years after the great east japan earthquake, *Advances in Psychiatry*, 2015: 1-8 (<http://dx.doi.org/10.1155/2015/265907>) (Erişim Tarihi: 30.05.2016)
42. Hyre AD, Cohen AJ, Kutner N, Alper AB, Dreisbach AW, et al., Psychosocial Status of Hemodialysis Patients One Year After Hurricane Katrina. *The American journal of the medical sciences.* 2008;336(2):94-98.
43. Özdemir Ü, Taşçı S, Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):57-72.
44. Lin CC, Han CY, Pan JI, A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis, *Asian Nursing Research* 2015;9: 35-41
45. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1): 49- 51.
46. Robinski M, Mau W, Wienke A, Girndt M, Shared decision-making in chronic kidney disease: A retrospection of recently initiated dialysis patients in Germany, *Patient Education and Counseling* 2016; 99(4):562–570